

# Sociaal kapitaal en gezondheid

Veerle Vyncke<sup>a</sup>, Sara Willems<sup>a</sup>, Tine Buffel<sup>b,c</sup>, Dominique Verté<sup>b</sup>, Wim Peersman<sup>d</sup>

a. Veerle Vyncke en Sara Willems maken deel uit van de Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

b. Tine Buffel is verbonden aan de Vakgroep educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel en aan het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek

c. Dominique Verté is werkzaam bij de Vakgroep educatiewetenschappen, Vrije Universiteit Brussel

d. Wim Peersman is verbonden aan de Vakgroep revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, Arteveldehogeschool Gent

*Het begrip sociaal kapitaal werd al uitvoerig behandeld in de basistekst ‘Netwerken, vertrouwen en wederkerigheid. Over de complexiteit van het concept sociaal kapitaal’ (Welzijnsgids-Noden, Relatiepatronen, Afl.75 dec.2009, Buf.1-36). Deze bijdrage richt zich op de rol van sociaal kapitaal als determinant van gezondheid en welzijn. In de internationale literatuur is de invloed – zowel de positieve als de negatieve invloed – van sociaal kapitaal op gezondheid regelmatig aangehaald. Dit artikel geeft aan de hand van een historisch kader weer dat de aandacht voor de sociale determinanten van gezondheid geen nieuw verschijnsel is. Nadien wordt beschreven hoe verschillende componenten van sociaal kapitaal zowel op micro- als op macroniveau met gezondheid en welzijn in verband worden gebracht. Ten slotte wordt dieper ingegaan op drie dimensies van sociaal kapitaal, namelijk bonding, bridging en linking sociaal kapitaal, en hun invloed op gezondheid. Maar eerst en vooral staan we kort stil bij de betekenis en kenmerken van het begrip sociaal kapitaal.*

## Kennismaking met het begrip sociaal kapitaal

Gedurende de laatste decennia is in verschillende wetenschappelijk disciplines de aandacht voor het concept ‘sociaal kapitaal’ aanzienlijk toegenomen (Halpern, 2005). Ondanks deze stijgende belangstelling zijn wetenschappers het niet eens over de exacte invulling van het begrip. Verschillende auteurs leggen immers andere accenten in hun visie op – en dus invulling van – het concept, gestuurd door hun achtergrond, onderzoeksveld of persoonlijke

opvatting (Morrens, 2008). Een frequent aangehaalde definitie is die van Robert Putnam, een van de grondleggers van het begrip sociaal kapitaal. Hij omschrijft sociaal kapitaal als 'eigenschappen van sociale organisatie zoals netwerken, normen en sociaal vertrouwen die coördinatie en samenwerking bevorderen' (Putnam, 1995). Wanneer deze en andere definities van het concept naast elkaar worden gelegd, zien we twee centrale eigenschappen frequent naar voor komen. Enerzijds wordt de waarde van sociale interacties als middel om specifieke uitkomsten te bereiken door verschillende definiëringen benadrukt. Anderzijds benadrukken verschillende wetenschappers dat de aanwezigheid van sociale netwerken en sociale organisaties noodzakelijk is om een beroep te kunnen doen op de waarde van sociale interacties (Morrens, 2008).

Vaak wordt verondersteld dat sociaal kapitaal enkel leidt tot positieve uitkomsten. Zo is sociaal kapitaal onder andere in verband gebracht met betere schoolprestaties, snellere economische groei, minder geweld en criminaliteit (Kawachi en Berkman, 2000). Het is echter belangrijk te erkennen dat sociaal kapitaal ook kan leiden tot zinloze, schadelijke of negatieve uitkomsten (Ferlander, 2007). Dit is bijvoorbeeld het geval in jeugdbendes, waar de onderlinge sociale netwerken worden aangesproken voor illegale en criminele doeleinden.

#### **A. Historiek: aandacht voor sociale determinanten van gezondheid is niet nieuw**

De invloed van sociale factoren op gezondheid is geen nieuw onderzoeksveld. Op het einde van de 19de eeuw reeds verscheen Durkheims befaamd werk *Le Suicide* (Durkheim, 1897). Dit werk kan beschouwd worden als een van de eerste empirische onderzoeken naar de invloed van sociale netwerken op gezondheid (Berkman, Glass, Brissette en Seeman, 2000). Durkheim toont aan dat het plegen van zelfmoord, traditioneel gezien als een zeer 'individeel' verschijnsel, toch sterk beïnvloed wordt door sociale factoren. Sociale cohesie en sociale normen worden hierbij in verband gebracht met zelfmoord, door het definiëren van de 'anomische zelfmoord'. Met 'anomie' verwijst de auteur naar een toestand van normatieve ontregeling. Durkheim merkte dat het zelfmoordcijfer piekte bij belangrijke politieke of economische crisissen op grote schaal. Hij schreef dit toe aan de sociale turbulentie die deze situaties met zich meebrengen, met een afbrokkeling van de sociale controle in de gemeenschap en een vervaging van de heersende waarden en normen als gevolg. 'Anomie' of

normenloosheid verkleint volgens Durkheim de drempel voor mensen om zelfmoord te plegen (Morrens, 2008).

De aandacht voor sociale determinanten van gezondheid vond echter moeilijk ingang tot de medische visie van die tijd. Infectieziekten waren in die periode de belangrijkste oorzaak van ziekte, lijden en sterven. Het biomedisch model kon deze aandoeningen goed verklaren, gezien een infectie met een bacterie of virus hieraan aan de basis ligt. Vanaf het midden van de 20ste eeuw echter traden degeneratieve en chronische aandoeningen steeds meer op de voorgrond. Dit dwong wetenschappers om los te komen van het biomedisch model om ziekte te verklaren en op een meer holistische manier naar gezondheid te kijken. De gezondheidsdefinitie die de Wereldgezondheidsorganisatie vanaf 1946 hanteert, reflecteert deze evolutie; gezondheid werd vanaf toen gedefinieerd als ‘een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn, en niet enkel de afwezigheid van ziekte’ ([www.who.int](http://www.who.int)). Dit impliceert dat gezondheid holistisch wordt bekeken vanuit een bio-psychosociaal perspectief. Vanuit deze visie is de groeiende aandacht voor sociaal kapitaal als een gezondheidsdeterminant te verklaren (Morrens, 2008).

Vanaf de jaren 1960 ontwikkelde de sociale epidemiologie zich: een wetenschapstak waarin sociale determinanten van gezondheid worden bestudeerd (Berkman en Kawachi, 2000). Verschillende onderzoekers richten zich vanaf die periode op empirisch onderzoek waarin de invloed van sociale factoren op gezondheid wordt geanalyseerd (Morrens, 2008). Ter illustratie van de inhoud en focus van dergelijke studies worden hieronder twee gevoerde studies beschreven.

#### Voorbeeld 1

In de Alameda Count Study, een longitudinaal Amerikaans onderzoek, werd de aanwezigheid van verschillende bronnen voor sociaal contact voor elke deelnemer in kaart gebracht (al dan niet gehuwd zijn, regelmatig contact hebben met vrienden en familie, lid zijn van een kerkgebonden organisatie en lid zijn van een andere organisatie). De resultaten tonen aan dat mensen voor wie elk van deze types sociale netwerken beschikbaar zijn, minder risico hebben om in de volgende negen jaar te sterven. Wie het meest sociaal geïsoleerd leeft, loopt zelfs meer dan dubbel zoveel kans om te sterven dan zij met de meest uitgebreide sociale netwerken (Berkman en Syme, 1979; (Reynolds en Kaplan, 1990) .

### Voorbeeld 2

De Amerikaanse onderzoeker Sheldon Cohen en zijn collega's wilden nagaan of sociale participatie een invloed heeft op de vatbaarheid van mensen voor een banale verkoudheid. Elk van de gezonde vrijwilligers gaf zijn graad van participatie in twaalf verschillende sociale netwerken weer. Nadien stelden de onderzoekers hen in een gecontroleerde labosituatie bloot aan een verkoudheidsvirus. De proefpersonen met de meest diverse sociale participatie hadden een opvallend hogere weerbaarheid tegen het virus. De vatbaarheid voor het virus was bij deelnemers met het minst aantal sociale netwerken vier keer zo hoog als bij de participanten met de meest sociale netwerken (Cohen et al., 1997)

## **B. Onderzoek naar sociaal kapitaal en gezondheid**

Sociaal kapitaal wordt bestudeerd in verschillende onderzoeksdomeinen, onder andere in de economie, politicologie en sociologie. In geen van deze domeinen is het belang van sociaal kapitaal echter zo sterk benadrukt als in verband met gezondheid en welzijn. De internationale aandacht voor de invloed van sociaal kapitaal op gezondheid is in ons land echter nauwelijks terug te vinden. Er zijn bijna geen Vlaamse of Belgische studies gevoerd naar deze toepassing van sociaal kapitaal (Morrens, 2008).

Wel loopt momenteel een meerjarig onderzoeksproject, Sociale Cohesie Indicatoren in Vlaanderen, waarin onderzoekers uit de Vlaamse universiteiten van Leuven, Gent, Antwerpen en Brussel, en uit de Canadese McGill University een methode willen ontwikkelen om sociale cohesie in Vlaanderen te meten. Hierin concentreert men zich op thema's als percepties van onveiligheid, de rol van de lokale overheid, uitsluiting, ongelijkheid, participatie en vertrouwen. Een aantal van de ontwikkelde maten kunnen gezien worden als indicatoren van componenten van sociaal kapitaal, zoals het aantal vrijwilligersverenigingen per inwoner in een gemeente, wat een beeld kan geven van de participatiegraad van inwoners in vrijwilligerswerk. Het project verzamelt informatie op niveau van Vlaamse gemeenten en beschouwt sociale cohesie en sociaal kapitaal dus vanuit een macroperspectief ([www.socialcohesion.eu](http://www.socialcohesion.eu)). Het is echter niet het doel van dit project om deze indicatoren in relatie te brengen met gezondheid en welzijn.

Internationaal onderzoek heeft aangetoond dat verschillende componenten van sociaal kapitaal –zoals vertrouwen, wederkerigheid, lidmaatschap van verenigingen of de uitgebreidheid en kwaliteit van iemands sociaal netwerk – een significant deel van iemands

gezondheid kunnen verklaren (De Silva, McKenzie, Harpham en Huttly, 2005; Islam, Merlo, Kawachi, Lindström, en Gerdtham, 2006). Sociaal kapitaal is onder andere in verband gebracht met mortaliteit, morbiditeit, zelfgerapporteerde, fysieke en mentale gezondheid, en gezondheidsbeschermend gedrag (Ferlander, 2007).

#### *D1. De relatie tussen gezondheid en sociaal kapitaal op micro- en macroniveau*

In de vorige bijdrage over sociaal kapitaal werd reeds benadrukt dat binnen de literatuur onenigheid bestaat over het niveau waarop sociaal kapitaal speelt. Sommige onderzoekers beschouwen sociaal kapitaal immers als een kenmerk van individuen, terwijl anderen van mening zijn dat sociaal kapitaal een eigenschap is van de collectiviteit (Morrens, 2008). We proberen het precieze verschil hieronder te illustreren met een casus.

*Fatma, een Turkse vrouw van 64 jaar, sukkelde al jaren met haar gezondheid; ze is zwaarlijvig en diabetespatiënte. Fatma is heel slecht te been en heeft bovendien veel schrik om te vallen door een aantal valpartijen in het verleden. Fatma woont alleen. Haar enige dochter woont in de buurt. Zij heeft echter fulltimejob en is alleenstaande moeder, waardoor ze maar twee keer per week bij haar moeder kan langsgaan. Fatma komt de deur niet uit als ze alleen thuis is. Als haar dochter niet bij haar is, heeft ze enkel contact met de arts en de verpleegster van het wijkgezondheidscentrum. Ander bezoek komt zelden. Fatma is vaak achterdochtig en vindt het moeilijk anderen te vertrouwen. Vanuit een microperspectief op sociaal kapitaal kunnen we vaststellen dat deze dame zelf zeer weinig sociaal kapitaal ter beschikking heeft: haar sociaal netwerk is heel beperkt, ze heeft weinig sociale contacten en vertrouwt anderen niet. Ze zal weinig gezondheidsvoordelen kunnen putten uit haar persoonlijk sociaal kapitaal. Kijken we echter naar sociaal kapitaal vanuit een gemeenschapsperspectief, dan zien we dat Fatma in een Gentse stadswijk woont met een uitgebreide en actieve Turkse gemeenschap. De meeste buurtbewoners hebben regelmatig contact: ze maken een praatje met elkaar op straat, in de buurtwinkels, op café en voor de schoolpoort. De sociale cohesie en sociale controle zijn groot in de buurt, en de meeste mensen vertrouwen hun buren. De gemeenschapsvisie op sociaal kapitaal stelt dat wonen in een buurt rijk aan sociaal kapitaal voor elk van de inwoners een positief effect op hun gezondheid kan teweegbrengen, onafhankelijk van hun persoonlijk sociaal*

*kapitaal. Sociaal kapitaal wordt dan immers gezien als een ‘algemeen goed’, waardoor de voordelen die sociaal kapitaal met zich meebrengen, voor alle leden van de gemeenschap beschikbaar zijn.*

Sociaal kapitaal speelt een invloed op de gezondheid van mensen via verschillende mechanismen. Ook de paden waarlangs sociaal kapitaal gezondheid beïnvloedt, kunnen enerzijds op het microniveau en anderzijds op het macroniveau worden gesitueerd. In onderstaande onderdelen worden een aantal van deze mechanismen opgesomd, achtereenvolgens op micro- en op macroniveau. Deze lijst mag echter niet als exhaustief worden beschouwd, maar eerder als een illustratie die weergeeft op welke manieren sociaal kapitaal precies een invloed kan uitoefenen op iemands welzijn en gezondheid (Putnam, 2004).

#### *D2. De invloed van individueel sociaal kapitaal op welzijn en gezondheid*

- Sociaal kapitaal biedt mensen *sociale steun*. Sociale steun wordt vaak beschreven als een gezondheidsbevorderende factor omdat het de negatieve invloed van stress op gezondheid buffert (Morrens, 2008).

*Christiane, een vrouw van 53, heeft het niet breed en woont in een klein huurhuis. De stad wil de rij huizen waarvan zij er één huurt, onteigenen om er sociale appartementsblokken te bouwen. Christiane woont alleen sinds het overlijden van haar man en heeft weinig contact met burens, familie en vrienden. Haar buurvrouw heeft echter een uitgebreid sociaal netwerk en kan bij een aantal mensen terecht om haar hart te luchten, wat maakt dat zij beter omkan met deze stresserende situatie dan Christiane.*

- Andere belangrijke componenten van sociaal kapitaal zijn de heersende sociale waarden en normen. Individuele attitudes en normen worden getoetst aan de houding van anderen, en dat is ook het geval met *normen en attitudes over gezondheid en (on)gezond gedrag*. Afhankelijk van het belang dat men hecht aan het oordeel van anderen en de persoonlijke neiging tot *conformer*en, nemen mensen waarden over uit hun sociale context. De normen die heersen in onze sociale omgeving kunnen dus ook iemands individuele houding ten opzichte van gezondheid(sgedrag) beïnvloeden.

*Stefaan, een jongen van 15, woont in een achtergestelde buurt in Antwerpen. Bij de mannen in deze buurt is roken de norm: iedereen rookt, dikwijls om de stress van de dag beter de baas te kunnen. Stefaans vader en broers roken, net als de meeste van zijn vrienden uit de buurt. Hij kijkt op naar zijn oudere*

*broers en vindt het belangrijk dat zij hem ook als ‘een van hen’ zien. In deze situatie zal Stefaan ook sneller geneigd zijn te roken, omdat hij het oordeel van deze mensen uit zijn sociale omgeving heel belangrijk vindt.*

- *Sociaal engagement en integratie* worden in de literatuur frequent als component voor sociaal kapitaal aangehaald. Wanneer mensen bijvoorbeeld participeren in vrijwilligerswerk of het verenigingsleven, nemen ze welomlijnde en specifieke sociale rollen op zich. Dat kan *betekenis en zin* geven aan hun leven. De literatuur toont aan dat dit een positief effect op de gezondheid kan hebben.

*Wilfried, een man van 67, ging een aantal jaren geleden op pensioen. Jarenlang was hij leerkracht in de nabijgelegen stad. De meeste van zijn leerlingen respecteerden hem en ook met de collega's kon hij het goed vinden. Hij had het er moeilijk mee om thuis te blijven, hij had niets meer om handen, en zijn leven leek opeens heel wat minder nuttig. Hij vond het moeilijk om nog dingen te ondernemen, had weinig energie en was neerslachtig en teruggetrokken.*

*Een aantal maanden geleden echter kwamen mensen van het buurtcomité bij Wilfried op bezoek. Had hij misschien tijd om mee te helpen de activiteiten voor de burens te organiseren? Wilfried nam zijn nieuwe functie op met veel enthousiasme en ging opnieuw met meer energie door het leven. Hij werd het aanspreekpunt voor burens en andere mensen uit het buurtcomité, en genoot ervan zich opnieuw nuttig te voelen.*

- De omvang van iemands sociaal netwerk en de intensiteit van sociale contacten kunnen gezien worden als componenten van iemands sociaal kapitaal. Beide houden ook risico's in voor de gezondheid. Er is een verhoogd risico op besmettelijke aandoeningen: via *face-to-facecontact* kunnen mensen blootgesteld worden aan ziektemakers zoals virussen en bacteriën.

*In een kansarme wijk in Gent merken gezondheidswerkers de laatste jaren een opflakking op van het aantal besmettingen met tuberculose. Na een analyse van de buurt komen ze al snel tot de vaststelling dat in die wijk veel nieuwe inwijkelingen zijn gearriveerd uit landen waar tbc nog zeer actief is. Het feit dat mensen in de wijk aanwezig zijn die drager zijn van deze ziektemakers en dat huizen vaak door verschillende families gedeeld worden, is een van de*

*mogelijke verklaringen van de heropflakking van de ziekte in deze specifieke wijk.*

- De waarde van sociale interacties als middel om specifieke uitkomsten te bereiken, wordt in verschillende definiëringen van sociaal kapitaal aangehaald. Sociaal kapitaal kan mensen onder andere *toegang* verlenen *tot middelen en goederen*, wat hun gezondheid of welzijn kan beïnvloeden.

*Jana, een meisje van 7, heeft een meervoudige handicap. Haar mama zit in een oudervereniging voor ouders van een kind met een handicap. Elke maand organiseert deze vereniging activiteiten. Op die manier heeft Ann, Jana's mama, al heel wat andere ouders leren kennen. Dankzij hen kwam ze al veel te weten over instanties waarbij ze terecht kan voor hulp en specifieke terugbetalingssystemen. Ingewikkelde formulieren neemt ze mee als ze de andere ouders ziet; telkens is er wel iemand die haar verder kan helpen. Daar hoorde ze ook over het feit dat ze voor haar dochter thuisassistentie kan inhuren via een persoonlijk assistentiebudget en over waar ze terecht kan voor ondersteuning bij het aanvragen hiervan.*

### *D3. De invloed van collectief sociaal kapitaal op welzijn en gezondheid*

Ook op het collectieve niveau wordt sociaal kapitaal in verband gebracht met de gezondheid van mensen. Onderstaande tekst geeft een illustratie van de manieren waarop deze invloed kan verlopen (Putnam, 2004).

- In buurten rijk aan sociaal kapitaal – waar mensen elkaar kennen en vertrouwen – vindt de *verspreiding van informatie* over gezondheid, gezondheidsgedrag en/of voorzieningen vlotter plaats. Ook de verspreiding van preventieve gezondheidsacties zal in deze buurten sneller verlopen (Kim, Subramanian en Kawachi, 2006).

*In een bruisende, multiculturele wijk in Gent is altijd veel leven op straat. Buren staan dikwijls samen te praten en hebben regelmatig contact. Ook in de buurtwinkels wordt vaak een praatje gemaakt. Toen het nieuwe wijkgezondheidscentrum in de buurt werd opgericht, kwamen een aantal buurtbewoners al gauw een kijkje nemen. Ze vertelden hun ervaringen aan buurtbewoners – ‘je hoeft maar één keer per jaar een bepaalde som te betalen,*



*daarna kan je gratis naar de dokter'; 'er zijn tolken en het personeel aan het onthaal kan ook Turks' – en het nieuws doet snel de ronde. In deze omstandigheden is de kans groot dat buurtbewoners sneller op de hoogte zijn van de komst van het wijkgezondheidscentrum en al sneller weten waarvoor ze daar terecht kunnen. In wijken waar burens onderling minder contact hebben, waar bewoners hun boodschappen doen in de supermarkt buiten hun buurt en de kinderen dikwijls naar school gaan op de school dicht bij het werk van de ouders, zal het traditioneel heel wat langer duren vooraleer iedereen weet heeft van de komst van een nieuwe instantie.*

- In buurten met veel sociaal kapitaal heerst vaak *meer sociale controle*. Dit kan een positieve invloed hebben op gezondheidsschadend of storend gedrag, tenminste wanneer de heersende normen in de gemeenschap het ongezond of storend gedrag afkeuren.

*Jeugd vandalisme kan een groot probleem zijn voor buurten. In buurten waar mensen elkaar en de jongeren echter goed kennen, zal dikwijls meer sociale controle heersen. De 'ogen op straat' kunnen ervoor zorgen dat jongeren minder snel storend gedrag vertonen. Veel hangt echter ook af van de normen die in de buurt heersen.*

- Op buurtniveau heeft sociaal kapitaal ook een invloed op de toegang tot voorzieningen en diensten. Buurten met een hoog sociaal kapitaal zullen immers beter en vlotter in staat zijn *samen collectieve actie te ondernemen* voor het verkrijgen van voorzieningen en het verbeteren van toegang tot deze instanties (bijvoorbeeld door lobbyen).

*In Ledeberg viel het gezondheids- en welzijnswerkers op dat kinderen en jongeren weinig fysiek actief waren. Onderzoek gaf een gebrek aan tuinen en openbare speelruimte aan als oorzaak. Na een informatieavond in een specifieke buurt bleek dat heel wat ouders en buurtbewoners zich hiervoor wilden inzetten. Ze verenigden zich, zochten subsidies en legden samen een speelpleintje aan. Het feit dat in deze buurt onderlinge sociale netwerken al sterk aanwezig waren en er een sterke cohesie was, heeft het nemen van collectieve actie gemakkelijker gemaakt.*

- Ook *psychosociale processen* kunnen de invloed van sociaal kapitaal in de buurt overbrengen op gezondheid. Inwoners van buurten waar veel sociaal kapitaal aanwezig is, zullen zich doorgaans immers meer gesteund en gerespecteerd voelen en een hoger zelfwaardegevoel hebben. Deze psychosociale factoren worden alle positief in verband gebracht met gezondheid (Kawachi en Berkman, 2000).

Ook binnen de preventieve gezondheidszorg wordt aandacht besteed aan het sociaal kapitaalidee. Iemands gezondheidsgedrag is immers niet enkel het resultaat van zijn of haar bewuste rationele keuzes, maar ook van de mate waarin de omgeving het gezondheidsgedrag al dan niet ondersteunt. Traditionele individuele gezondheidseducatie – waarbij men individuen informeert over gezondheid en gezond gedrag – kent daardoor zijn grenzen. Het doel van de hedendaagse gezondheidspromotie, is individuen in staat te stellen om hun optimale gezondheidstoestand te bereiken, onder meer door het creëren van een gezondheidsbevorderende omgeving (World Health Organization, 1986; Campbell, 2001). Hierbij wordt aandacht besteed aan begrippen die een sterke aansluiting vertonen met componenten van collectief sociaal kapitaal, zoals *community capacity* en *empowerment*. Met *community capacity* verwijst men binnen deze wetenschapstak naar de sterktes of mogelijkheden (*assets*) die bewoners van een buurt zowel individueel als collectief voor handen hebben ter bevordering van de kwaliteit van leven in de gemeenschap (Labonte, 1999). *Empowerment* geeft het proces weer waarbij gemeenschappen hun sociale en politieke omgeving kunnen veranderen om zo via collectieve actie, gedeelde beslissingen en een toegenomen mate van macht de determinanten van hun gezondheid in handen te kunnen nemen (Bartholomew, Parcel, Kok en Gottlieb, 2006). Ook de verspreiding van gezondheidsbevorderende interventies kan beïnvloed worden door het heersende sociaal kapitaal in een gemeenschap (*cf. supra*).

### **C. Bonding, bridging en linking sociaal kapitaal en gezondheid**

Een andere manier waarop verschillende dimensies van sociaal kapitaal kunnen onderscheiden worden dan op basis van het niveau waarop sociaal kapitaal zich uit (collectief versus individueel), is op basis van de aard en richting van de sociale netwerken aan de basis van sociaal kapitaal. Op die manier worden in de recente onderzoeksliteratuur *bonding*, *bridging* en *linking* sociaal kapitaal beschreven (Szreter en Woolcock, 2004).

### *E1. Bonding, bridging en linking sociaal kapitaal*

*Bonding* sociaal kapitaal verwijst naar vertrouwensvolle relaties tussen mensen die zichzelf als gelijken zien op vlak van een gedeelde sociale identiteit. Deze dimensie beschouwt relaties die homogeen en horizontaal van aard zijn. Een groep studenten bijvoorbeeld, met dezelfde opleidingsgraad en ongeveer dezelfde leeftijd, bouwt binnen dit netwerk dus voornamelijk *bonding* sociaal kapitaal op.

*Bridging* sociaal kapitaal daarentegen omvat wederkerige en vertrouwensvolle relaties tussen mensen die verschillen op vlak van sociodemografische factoren. Netwerken zijn hier dus heterogeen maar horizontaal van aard: er is geen sprake van een hiërarchische gradiënt. Een buurtvereniging waarin mensen van verschillende leeftijden, met verschillende socio-economische achtergronden en verschillende etnische afkomst zetelen, is een voorbeeld van een sociale omgeving rijk aan *bridging* sociaal kapitaal.

*Linking* sociaal kapitaal bestaat uit vertrouwensvolle, wederkerige relaties tussen mensen die een verschillende vorm van 'macht' hebben. Deze relaties zijn verticaal van aard: de verschillende partijen hebben een ander niveau van autoriteit. Toegepast op de gezondheidscontext kan de relatie tussen patiënten en hun gezondheidswerkers hieronder vallen (Szreter en Woolcock, 2004).

Verschillende auteurs menen dat hoge niveaus van *bonding* sociaal kapitaal kunnen leiden tot exclusie van mensen die buiten dit netwerk vallen. Anderzijds zijn er ook bronnen die suggereren dat een hoog niveau van *bonding* sociaal kapitaal een noodzakelijke basis is om *bridging* sociaal te kunnen opbouwen (Khan en Muir, 2006). In de literatuur wordt de differentiatie van sociaal kapitaal in verschillende dimensies gezien als een eerste stap naar het ontrafelen van het begrip en het toepassen van sociaal kapitaal in de praktijk (Poortinga, 2006). De verschillende vormen van sociaal kapitaal moeten niet gezien worden als onderverdelingen die elkaar uitsluiten. Ze werken eerder complementair dan afzonderlijk (Hean, Cowley, Forbes en Griffiths, 2004).

### *E2. Bonding, bridging en linking sociaal kapitaal: de relatie met gezondheid*

Er kan verwacht worden dat de verschillende dimensies van sociaal kapitaal een andere invloed hebben op gezondheid of dat andere mechanismen aan de basis liggen van hun verband met gezondheid (Ferlander, 2007).

Zo wordt *bonding* sociaal kapitaal voornamelijk in verband gebracht met mentale gezondheid. Er wordt zowel een positieve als een negatieve invloed van *bonding* sociaal kapitaal op gezondheid beschreven. Men meent dat deze dimensie van sociaal kapitaal veel emotionele steun biedt, wat stressreducerend – en dus gezondheidsbeschermend – werkt. De gezondheidsschadende invloed kan onder andere verklaard worden doordat men weinig heterogene relaties heeft. Hierdoor beperkt men zijn toegang tot diverse hulpbronnen, buiten het bereik van de leden van het netwerk. Voornamelijk voor mensen met een lagere socio-economische status kan dit beperkend werken, omdat vooral voor hen een gebrekkige toegang tot middelen, kennis of macht, en het gebrek aan andere visies, het opklimmen en vooruitgeraken in het leven kan verhinderen. Ook wordt verwacht dat *bonding* sociaal kapitaal een bron van stress en emotionele belasting teweeg kan brengen omdat men deelt in andermans zorgen en moeilijke levensomstandigheden. Ten slotte kan *bonding* sociaal kapitaal ook negatieve gezondheidseffecten met zich meebrengen door het in stand houden van negatieve gezondheidsnormen.

Aan de toegang tot verticale netwerken, zoals bij *bridging* en *linking* sociaal kapitaal voorkomt, wordt vaak een positief effect op de individuele gezondheid toegeschreven. Dit kan verklaard worden doordat men meer kans heeft om de juiste contacten te hebben in functie van die specifieke doelen die voor het individu zelf niet bereikbaar zijn. Ook wordt zo de toegang tot gezondheidszorg en relevante informatie voor welzijn en gezondheid gefaciliteerd. Verticale relaties kunnen eveneens bijdragen tot meer inspraak in het beleid, wat dan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de controle over omgevingsfactoren met een invloed op gezondheid en welzijn vergroot (Ferlander, 2007).

We zien dus gemengde resultaten op vlak van gezondheid. Er wordt aangenomen dat een gebalanceerde aanwezigheid van de verschillende dimensies van sociaal kapitaal het meest zal bijdragen aan de gezondheid: men heeft zo immers een maximaal aantal bronnen in handen om met mogelijke problemen om te gaan (Szreter en Woolcock, 2004).

Aan de hand van onderstaande casus willen we illustreren hoe men via een verschillende aanpak elk van de bovenstaande drie dimensies van sociaal kapitaal in een gemeenschap kan proberen bevorderen.

### Casus: kooklessen in een Turkse buurt in Gent

In het wijkgezondheidscentrum, gelegen in een achtergestelde buurt in Gent met een uitgebreide Turkse populatie, stellen de gezondheidswerkers vast dat steeds meer kinderen met overgewicht kampen en dat het aantal diabetespatiënten opmerkelijk toeneemt. Tijdens consultaties worden ze er meermaals mee geconfronteerd dat verschillende Turkse moeders moeite hebben met het bereiden van gezonde voeding, onder andere door financiële beperkingen en een gebrek aan kennis rond gezonde voeding. Op een teamoverleg wordt voorgesteld kooklessen te organiseren om dit probleem aan te pakken.

- *Situatie 1: Kooklessen voor Turkse vrouwen, gegeven door een Turkse begeleidster*

Men richt zich op een homogene groep van Turkse vrouwen. De artsen nodigen mogelijke kandidaten persoonlijk uit, en men probeert via de Turkse vrouwenwerking uit de buurt nog extra kandidaten te motiveren om deel te nemen aan de cursus. Ook de lesgeefster is een Turkse dame. De lessen gaan door in de lokalen van de Turkse vrouwenvereniging. In deze groep zal de *bonding*dimensie van sociaal kapitaal sterk aanwezig zijn. Men kan verwachten dat de deelnemers onderling heel wat steun aan elkaar zullen hebben. Verder zal het ook mogelijk zijn de kooklessen optimaal af te stemmen op de culturele achtergrond van de deelnemers. Anderzijds kan het voor deze groep een nadeel zijn dat mensen met een andere of nieuwe visie waarschijnlijk minder aanwezig zijn. Ook worden andere vrouwen uit de wijk, die het ook moeilijk hebben om met een strak budget voor gezond eten te zorgen, op deze manier uitgesloten.

- *Situatie 2: Kooklessen voor alle geïnteresseerde vrouwen uit de buurt*

De preventiemedewerker zoekt een lesgever uit het volwassenenonderwijs om de lessen te verzorgen. De lessen gaan door in de buurtschool. In elke brievenbus van de wijk wordt een uitnodigingsbriefje gestoken waarop de lessen in meerdere talen worden voorgesteld. De artsen van het wijkgezondheidscentrum nodigen geschikte kandidaten – vrouwen die baat zouden hebben bij deze cursus – ook persoonlijk uit. De groep bestaat uit een samensmelting van mensen met verschillende culturele achtergronden. Deze groep zal daarom rijker zijn in de *bridging*-dimensie van sociaal kapitaal. Een voordeel hiervan kan zijn dat verschillende visies en verschillende kennis over bijvoorbeeld koken of het kopen van ingrediënten, aan bod zullen komen. Door informeel contacten te leggen met mensen

met een andere achtergrond kan deze mix van kennis en vaardigheden ook op andere vlakken naar voor komen, bijvoorbeeld op vlak van opvoeden van de kinderen, op vlak van welzijnszorggebruik, op vlak van taal... Turkse vrouwen die het nog moeilijk hebben met de Nederlandse taal bijvoorbeeld kunnen door de kookgroep misschien gestimuleerd worden Nederlands te praten en zullen ook mensen leren kennen aan wie ze informeel raad kunnen vragen bij een taalgerelateerd probleem, bijvoorbeeld wanneer ze een brief krijgen van de school van hun kind maar deze onvoldoende begrijpen.

- *Situatie 3: Kooklessen voor alle geïnteresseerde vrouwen uit de buurt, georganiseerd in het wijkgezondheidscentrum*

Binnen het volwassenenonderwijs wordt een lesgever gezocht om de lessen op zich te nemen. In elke brievenbus van de wijk wordt een uitnodigingsbriefje gestoken waarop de lessen in meerdere talen worden voorgesteld. De lessen gaan door in de keuken van het wijkgezondheidscentrum en ook enkele medewerkers (een arts, de preventiemedewerker en een verpleegkundige) nemen aan de sessies deel. In deze situatie wordt het *bridging* aspect van sociaal kapitaal ontwikkeld, door mensen met verschillende sociodemografische kenmerken met elkaar in contact te brengen. Er is echter ook aandacht voor de *linking* dimensie van sociaal kapitaal omdat gezondheidswerkers en bewoners met elkaar in contact worden gebracht. Dit kan een belangrijke stap zijn in het verkleinen van de drempel tot zorg voor de bewoners.

#### **D. Conclusie en discussie**

De internationale literatuur heeft sociaal kapitaal – traditioneel vaak ingevuld als het geheel van sociale netwerken, normen en vertrouwen – in verband gebracht met verschillende gezondheids- en welzijnsmaten. De literatuur heeft al meerdere decennia aandacht voor sociale determinanten van gezondheid, wat in de tweede helft van de vorige eeuw leidde tot het ontstaan van de sociale epidemiologie. Gezondheid wordt sinds die periode ook steeds meer gezien vanuit een bio-psychosociale denkkader. De groeiende aandacht voor sociaal kapitaal in de gezondheidsliteratuur kan binnen deze visie geplaatst worden.

Ondanks de stijgende interesse in sociaal kapitaal, heerst nog heel wat onduidelijkheid rond het begrip. Niet alleen over de betekenis en de kenmerken van sociaal kapitaal, maar ook over de niveaus waarop sociaal kapitaal zich manifesteert, verschillen onderzoekers van mening.

Op microniveau kan sociaal kapitaal gezondheid en welzijn beïnvloeden door het bieden van sociale steun, via de heersende sociale normen en waarden over gezondheid, via sociale integratie en participatie, via face-to-faceblootstelling aan ziektemakers en door het verlenen van toegang tot middelen, goederen en organisaties. Op macroniveau verloopt deze invloed onder andere via de vlottere verspreiding van gezondheidsgerelateerde informatie, meer sociale controle, het efficiënter ondernemen van collectieve actie en psychosociale processen. Een andere opdeling van het concept sociaal kapitaal, naast het onderscheid tussen individueel (micro) en collectief (macro) sociaal kapitaal, is de opsplitsing tussen *bonding*, *bridging* en *linking* sociaal kapitaal. Deze dimensies van sociaal kapitaal lijken elk een verschillende invloed te hebben op iemands gezondheid. Men verwacht daarom dat de evenwichtige aanwezigheid van verschillende dimensies van sociaal kapitaal het meest bijdraagt tot gezondheid en welzijn (Szreter en Woolcock, 2004).

Heel wat componenten waarmee gezondheids- en welzijnswerkers in hun dagelijkse praktijk worden geconfronteerd, kunnen onder de brede noemer van ‘sociaal kapitaal’ geplaatst worden (bijvoorbeeld vertrouwen, sociale normen, wederkerigheid, participatie, engagement, sociale netwerken...). De beschikbare literatuur toont aan dat deze concepten wel degelijk een invloed lijken te hebben op gezondheid en welzijn. Een punt van kritiek is echter dat de schaduwzijde van sociaal kapitaal<sup>i</sup> in de gezondheidsliteratuur niet of nauwelijks wordt beschreven (Morrens, 2008). Een kritische visie is dus noodzakelijk wanneer men aan de hand van de beschikbare onderzoeksliteratuur een beeld wil krijgen op de impact van sociaal kapitaal op gezondheid. Ook is tot op heden weinig evidentie beschikbaar over hoe men sociaal kapitaal in een gemeenschap kan versterken. Bovendien is het weinige onderzoek hiernaar voornamelijk gevoerd in ontwikkelingslanden (Pronyk et al., 2008).

Vanuit de theorie en literatuur zijn voorlopig nog geen richtlijnen voor het gebruik van sociaal kapitaal in de praktijk voor handen. Ook interventiestudies die evalueren op welke manier kan geïnvesteerd worden in het sociaal kapitaal van gemeenschappen en burgers, ontbreken. Gesteund door de bestaande literatuur kunnen we echter besluiten dat componenten van sociaal kapitaal vermoedelijk een niet te verwaarlozen impact hebben op de gezondheidstoestand en het welzijn van mensen. Het is dan ook onze visie dat deze determinanten van gezondheid de nodige aandacht verdienen binnen de dagdagelijkse praktijk van gezondheids- en welzijnswerkers.

## Referenties

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (Eds.), (2006), *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E., (2000), 'From social integration to health: Durkheim in the new millennium', *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Berkman, L.F. & Kawachi, I., (2000), 'A historical framework for social epidemiology', in Berkman, L.F. & Kawachi, I. (Eds.), *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L., (1979), 'Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents', *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Campbell, C., (2001), 'Social capital and health: contextualising health promotion within local community networks', in Baron, S.F., John, F. & Schuller, T.(Eds.), *Social capital: critical perspectives*, Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., & Gwaltney, J.M. Social ties and susceptibility to the common cold, *Journal of American Medical Association*, 1997(277), 1940-1944.
- De Silva, M.J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S.R.A., (2005), 'Social capital and mental illness: a systematic review', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(8), 619-627.
- Durkheim, E. (Ed.), (1897), *Le suicide. Étude de sociologie*, Paris: Félix Alcan.
- Ferland, S., (2007), 'The Importance of Different Forms of Social Capital for Health', *Acta Sociologica*, 50(2), 115-128.
- Halpern, D. (Ed.), (2005), *Social Capital*. Cambridge: Polity Press.
- Hean, S., Cowley, S., Forbes, A. & Griffiths, P., (2004), 'Theoretical development and social capital measurement', in Morgan, A. & Swann, C. (Eds.), *Social capital for health: issues of definition, measurement and links to health* (pp. 41-68), London: Health Development Agency.
- Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M. & Gerdtham, U., (2006), 'Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review', *International Journal of Equity in Health*, 5(3), 28.
- Kawachi, I. & Berkman, L.F., (2000), 'Social cohesion, social capital and health', in L.F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*, New York: Oxford University Press.
- Kim, D., Subramanian, S.V. & Kawachi, I., (2006), 'Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2):116-22.
- Khan, H. & Muir, R., (2006), *Sticking Together: Social capital and local government: The results and implications of the Camden social capital surveys 2002 and 2005*. London: Institute for Public Policy Research and London Borough of Camden.
- Labonte, R. (1999). Social capital and community development: practitioner emptor. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(4), 430-433.
- Morrens, B., (2008), 'Sociaal kapitaal en gezondheid: een overzicht van de recente onderzoeksliteratuur', *Tijdschrift voor Sociologie*, 29(2-3), 138-157.
- World Health Organization, (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO, Geneva.
- Poortinga, W., (2006), 'Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital', *Social Science & Medicine*, 63(1), 255-270.
- Pronyk, P.M., Harpham, T., Busza, J., Phetla, G., Morison, L.A., Hargreaves, J.R. et al., (2008), 'Can social capital be intentionally generated? A randomized trial from rural South Africa', *Social Science & Medicine*, 67(10), 1559-1570.
- Putnam, R., (1995), 'Bowling Alone: America's Declining Social Capital'. *Journal of Democracy*, 6(1), 65-78.
- Putnam, R.D., (2004), 'Commentary: 'Health by association': some comments', *International journal of epidemiology*, 33(4), 667-671.
- Reynolds, P. & Kaplan, G.A., (1990), 'Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study', *Behavioral Medicine*, 16(3), 101-110.



Szreter, S. & Woolcock, M., (2004), 'Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health', *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650-667.

## Noten

---

<sup>i</sup> Voor een beschrijving van de schaduwzijde van sociaal kapitaal: zie bijdrage in het vorig nummer van de WelzijnsGids, namelijk 'Netwerken, vertrouwen en wederkerigheid: over de complexiteit van het concept sociaal kapitaal'